

**CONDADO DE ROANOKE**  
**TÍTULO II DE LA LEY DE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES**  
**ARTÍCULO 504 DE LA LEY DE REHABILITACIÓN DE 1973**  
**FORMULARIO DE QUEJA DE DISCRIMINACIÓN**

Please complete la siguiente información para procesar su queja. El formulario debe completarse completamente imprimiendo o escribiendo. Recuerde firmar el formulario y regresar a la dirección a continuación. La asistencia está disponible bajo petición.

Complete este formulario y envíelo por correo o entréguelo a:

Condado de Roanoke  
Departamento de Recursos Humanos  
APARTADO DE CORREOS 29800  
5204 Bernard Drive  
Roanoke, Virginia 24018

Puede comunicarse con nuestra oficina de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm al (540) 772-2018, o puede enviar un correo electrónico a [humanresources@roanokecountyva.gov](mailto:humanresources@roanokecountyva.gov).

Nombre del denunciante: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Persona discriminada (si no es denunciante):**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Sírvase proporcionar información sobre el Gobierno, el departamento, la institución, el organismo o la persona que considere que ha realizado un acto discriminatorio.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**¿Cuándo ocurrió la discriminación?**

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

¿Dónde se produjo la discriminación?

Describir los actos de discriminación proporcionando nombres (cuando sea posible) de las personas junto con detalles del incidente, incluyendo tantos detalles como sea posible. Si se requiere espacio adicional, por favor adjunte hojas adicionales a este formulario.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Se ha presentado la queja anteel Departamento de Justicia, o cualquier otraagencia o tribunal federal, estatal olocaldederechos civiles?

En casoafirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:

Agencia o Tribunal: \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de presentación: \_\_\_\_\_

Firma la queja en el espacio de abajo. Adjunte cualquier documento que crea que respalda su queja.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_